

MIELENTERVEYSPERUSTEISEN SAIRASELÄKÖITYMISEN VAIHTELU DIAGNOOSIRYHMITÄIN JA SAIRAANHOITOPII- REITTÄIN

Katja Lampinen
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
RETIRE-tutkimusprojekti
Lokakuu 2018

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
RETIRE-tutkimusprojekti

LAMPINEN, KATJA: MIELENTERVEYSPERUSTEISEN SAIRASELÄKÖITYMI-
SEN VAIHTELU DIAGNOOSIRYHMITÄIN JA SAIRAAHOITOPIIREITTÄIN

Kirjallinen työ, 21 s.
Ohjaaja: professori Sami Pirkola

Lokakuu 2018

Avainsanat: Työkyvyttömyyseläke, depressio, psykoosi

Mielenterveyseläköityminen aiheuttaa huomattavan osuuden sairaseläköitymisestä niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Mielenterveyden häiriöistä merkittävimmät työkyvyttömyyseläköitymiseen johtavat sairaudet ovat ICD-10-tautiluokituksen mukaiset mieliala- (F3*) ja psykoosiryhmän (F2*) sairaudet. Suurin yksittäinen eläköitymiseen johtava diagnoosi on depressio.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on vertailla keski-ikää sairaseläkkeelle siirryttäessä eri mielenterveysdiagnooseilla ja sukupuolien välillä. Lisäksi tarkastellaan sairaanhoitopiirien välisiä eroja vertailemalla sairaseläköitymisen määrää suhteutettuna asukaslukuun sairaanhoitopiireittäin.

Tutkimusaineisto koostuu Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen tietorekistereistä poimituista tiedoista. Tutkimukseen on poimittu vuodesta 2015 taaksepäin viiden vuoden ajalta mielenterveyssyyn eli ensisijaisella F-ryhmän diagnoosilla kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle ensimmäistä kertaa siirtyneet henkilöt. Analyysit on tehty SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Tutkimuksessa todettiin, että ikä sairaseläköityessä vaihteli huomattavasti eri diagnoosiryhmien välillä. Kaksi eniten työkyvyttömyyseläköitymistä aiheuttavaa diagnoosiryhmää olivat psykoosi- (F2*) ja mielialadiagnoosit (F3*). Työkyvyttömyyseläköitymisen keski-ikä psykoosidiagnoosilla oli 35,5 ja mielialahäiriödiagnoosilla 46,2. Työkyvyttömyyseläköitymisen keski-ikässä todettiin vaihtelua myös sukupuolten välillä esimerkiksi psykoosidiagnoosilla. Sairaanhoitopiirien välillä todettiin merkitseviä eroja eläköitymisasteessa sekä kaikki diagnoosit mukaan luettuna että tarkasteltaessa psykoosi- ja mielialahäiriödiagnooseja erikseen.

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat merkittävää työkyvyttömyyseläköitymistä, jossa on vaihtelua diagnoosiryhmien, sukupuolen ja sairaanhoitopiirien välillä. Erojen taustalla voi olla useita tekijöitä liittyen esimerkiksi palvelujärjestelmän eroihin. Näiden tekijöiden jatkotutkimus on tarpeen yhtäläisen hoidon, kuntoutuksen ja eläköitymisprosessin takaamiseksi kaikille.

Tämän opinnäytteen alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

SISÄLLYSLUETTELO

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | JOHDANTO | 4 |
| 1.1 | Työkyky ja työkyvyttömyys..... | 4 |
| 1.2 | Sairauspäiväraha- ja eläkejärjestelmä | 4 |
| 1.3 | Työkyvyttömyyttä ennustavia tekijöitä..... | 5 |
| 1.4 | Muutoksia eläköitymisessä | 6 |
| 1.5 | Mielenterveydenhäiriöt tautiluokituksessa..... | 6 |
| 1.6 | Eroja eläköitymisessä..... | 7 |
| 1.7 | Merkitys | 8 |
| 2. | AINEISTO JA MENETELMÄT | 9 |
| 2.1 | Aineisto | 9 |
| 2.2 | Menetelmät..... | 10 |
| 3. | TULOKSET | 11 |
| 4. | POHDINTA | 15 |
| | LÄHTEET..... | 18 |

1. Johdanto

1.1 Työkyky ja työkyvyttömyys

Mielenterveydenhäiriöitä esiintyy Euroopassa runsaasti (Alonso ym. 2004) aiheuttaen myös huomattavasti työkyvyttömyyseläköitymistä (World Health Organization 1996). Mielenterveydenhäiriöt ovat Suomessa yksi merkittävimmistä sairauslomiin ja eläköitymiseen johtavista työkyvyttömyyden aiheuttajista. Ne ovat myöntöperusteena noin kolmanneksessa työkyvyttömyyseläkkeistä aiheuttaen näin myös suuren osan näihin liittyvistä kustannuksista. Mielenterveyshäiriöistä työkyvyttömyyseläkkeiden aiheuttajana kaksi suurinta diagnosoisryhmää ovat mielialahäiriöt ja psykoosit. Depressio aiheuttaa mielenterveysperusteisesta eläköitymisestä yli puolet ja se on myös yksittäisistä sairauksista yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste. (Pensola ym. 2010) Myös muissa Pohjoismaissa mielenterveyden häiriöt aiheuttavat merkittävää työkyvyttömyyttä. Norjassa mielenterveyden häiriöt aiheuttavat toiseksi eniten työkyvyttömyyseläköitymistä (24 %), ja lisäksi ne aiheuttavat eniten työvuosien menetystä (Knudsen ym. 2012).

Työkyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä työstään. Tähän vaikuttaa ihmisen fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lisäksi tehtävä työ ja sen vaatimukset. Työkyvyn menettäminen johtaa ensin sairauslomiin ja myöhemmin voi johtaa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Mielenterveyssyystä työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen on prosessina pitkä ja siihen vaikuttavia asioita on lukuisia (Pensola ym. 2010).

1.2 Sairauspäiväraha ja -eläkejärjestelmä

Sairauspäiväraha on tarkoitettu korvaamaan ansionmenetystä lyhyen työkyvyttömyyden aikana, ja tätä voidaan myöntää enintään 300 arkipäivän ajalle eli noin vuodeksi. Jos työkyvyttömyys tämän jälkeen edelleen jatkuu, voidaan hakijalle myöntää työkyvyttömyyseläke. (Laaksonen ym. 2014) Tämä voidaan myöntää joko toistaiseksi tai määräajaksi. Määräaikainen työkyvyttömyyseläke eli kuntoutustuki myönnetään silloin, kun henkilön palautumista työkykyiseksi pidetään todennäköisenä. (Gould ym. 2011) Työkyvyttömyyseläkkeen edellytyksenä on työkyvyn aleneminen vähintään 60 prosentilla.

Osatyökyvyttömyyseläke taas voidaan myöntää työkyvyn ollessa alentunut 40 prosentilla. (Laaksonen ym. 2014) Työkyvyttömyyseläkettä voidaan maksaa perustuen joko työeläke- tai kansaneläkejärjestelmään (L 395/2006; L 568/2007). Työeläkejärjestelmän mukaiseen työkyvyttömyyseläkkeeseen vaikuttaa ansaitut työ- tai yrittäjätulot. Kansaneläkettä maksetaan, mikäli työuraa ei ole tai se on vähäinen ja kertynyt työeläke jäisi alle määritellyn tulorajan. Sairauspäiväraha on työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden ensisijainen ja työkyvyttömyyseläke myönnetään ensisijaisuusaikaa soveltamatta vain poikkeustilanteissa. (Laaksonen ym. 2014) Kuntoutustarpeen varhaiseksi havaitsemiseksi on määritelty sairauspäivärahapäiviin liittyviä tarkistuspisteitä. Tarkistuspisteitä ovat 60 päivän kohdalla selvitettävä kuntoutustarve, 90 päivään mennessä selvitettävä jäljellä oleva työkyky ja työhön paluun mahdollisuus sekä 150 päivän kohdalla tapahtuva tiedotus kuntoutusmahdollisuuksista. (Malmström ym. 2018) Ammatillista kuntoutusta järjestävät Kansaneläkelaitos sekä työeläkelaitokset. (Laaksonen ym. 2014)

1.3 Työkyvyttömyyttä ennustavia tekijöitä

Tärkeä ennustava tekijä työkyvyttömyyseläköitymiselle ovat varhaisessa aikuisuudessa ilmenevät terveysongelmat, varsinkin mielenterveysongelmat. Mikäli mielenterveysongelmien kanssa samanaikaisesti esiintyy tuki- ja liikuntaelinten ongelmia, on todennäköisyys työkyvyttömyyden vuoksi eläkkeelle jäämiselle vielä suurempi. (Frilander ym. 2016) Esimerkiksi selkäkivun on todettu aiheuttavan huomattavasti enemmän työkyvyttömyyttä esiintyessään samanaikaisesti mielenterveyden häiriöiden kanssa (Dorner ym. 2016). Mielenterveyden häiriöihin saattaa myös liittyä alidiagnosointia, sillä niiden tunnistamisessa on todettu olevan puutteita ja fyysisiä diagnooseja käytetään liikaa mielenterveysdiagnoosien sijasta (Mykletun ym. 2006). Vakavaa masennusta sairastavilla potilailla työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä ennakoivat korkea ikä, pitkä masennustausta, somaattiset sairaudet, huono toimintakyky sekä ammattikoulutuksen puute (Holma ym. 2012). Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden työkyvyttömyyttä ennakoivia tekijöitä puolestaan ovat korkea ikä, miessukupuoli, psykiatrisen sairaalahoidon suuri määrä, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, masennus ja estynyt persoonallisuushäiriö (Arvilommi ym. 2015).

Työkyvyttömyyseläkkeellä jääneistä 50 prosenttia oli työelämässä tai opiskelemassa

eläköitymistä edeltävästi. Nämä henkilöt olivat useammin naisia, korkeammin koulutettuja ja heillä oli useammin mielialahäiriö- kuin psykoosidiagnoosi. Heillä oli lisäksi vähemmän mielenterveyden häiriöiden komorbiditeettia sekä psykiatrasta sairastavuutta nuoruusiässä. (Mattila-Holappa ym. 2016) On todettu, että osittain samoja ominaisuuksia, komorbiditeettia sekä lapsuuden vastoinkäymisiä, voitaisiin käyttää ryhmittelyn avulla hyödyksi työkyvyttömyyden ja sairastavuuden ehkäisyn suunnittelussa (Joensuu ym. 2016). Skitsofreniaa sairastavat miehet eläköityvät keskimäärin naisia aiemmin ja useammin. (Kiviniemi ym. 2011) Varsinaisten mielenterveyden häiriöiden lisäksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä ennakoi muun muassa vakava työuupumus, mikä todettiin tutkimuksessa, joka käsittelee suomalaisia metsäteollisuuden työntekijöitä (Ahola ym. 2009).

1.4 Muutoksia eläköitymisessä

Katsauksessa vuonna 2004 todettiin mielenterveydenhäiriöiden aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden osuuden kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä nousseen vuodesta 1992 lähtien, ja myös niiden absoluuttisen määrän kasvaneen. Kasvua todettiin myös mielenterveyshäiriöiden aiheuttamissa sairauspäiväraha-kausissa. (Salminen 2004) Kunta-10-tutkimuksen rekistereihin perustuvassa tutkimuksessa 2009 todettiin, että mielenterveyssyistä alkaneet työkyvyttömyyseläkkeet lähtivät kunta-alalla laskuun vuoden 1999 jälkeen. Samalla mielenterveysperusteisten osatyökyvyttömyyseläkkeiden osuus kaikista mielenterveysperusteisista työkyvyttömyyseläkkeistä kasvoi. Pitkäkestoisten sairauspoissaolojen todettiin sen sijaan lisääntyneen. (Virtanen ym. 2009)

1.5 Mielenterveydenhäiriöt tautiluokituksessa

ICD on Maailman terveysjärjestön kehittämä yleisesti käytössä oleva tautiluokitus. Tällä hetkellä käytössä on luokittelusta kymmenes versio, ICD-10. (World Health Organization 1992) Luokittelussa F-alkuiset diagnoosit kuvaavat psykiatrisia häiriöitä. Ryhmät selityksineen ovat taulukossa 1. (Komulainen ym. 2012)

Taulukko 1: Mielenterveyshäiriöiden ICD-10 diagnoosiryhmien koodit.

| ICD-10 diagnoo- sikoodit | Diagnoosiryhmä |
|--------------------------------|---|
| F0* | Elimelliset aivo-oireyhtymät |
| F1* | Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt |
| F2* | Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt |
| F3* | Mielialahäiriöt |
| F4* | Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt |
| F5* | Fysiologiset häiriöt ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoi- rehtymät |
| F6* | Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt |
| F7* | Älyllinen kehitysvammaisuus |
| F8* | Psyykkisen kehityksen häiriöt |
| F9* | Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt |

1.6 Eroja eläköitymisessä

Eri diagnoosiryhmillä sairaseläköityminen on keskittynyt eri ikäryhmiin: Mielenterveyshäiriöiden osalta nuorissa ikäryhmissä korostuvat psykoottiset häiriöt ja vanhemmissa ikäryhmissä keskimääräistä suurempi osuus taas on mielialahäiriöillä. (Pensola ym. 2010)

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä Suomessa on alueellisia eroja (Perala ym. 2008, Sipilä ym. 2014), ja eroja on myös mielenterveysperusteisessa eläköitymisessä maakuntien välillä (Laaksonen & Gould 2013). Psykoosisairauksien esiintyvyys on suurinta Pohjois- ja Itä-Suomessa. Pienin esiintyvyys on Lounais-Suomessa. (Perala ym. 2008) Ainakin skitsofrenian osalta sairaanhoitopiirien välillä on merkittävää vaihtelua myös eläköitymisasteessa sekä eläköitymisprosessissa ylipäänsä (Kiviniemi ym. 2011).

Alueellista vaihtelua on todettu myös Ruotsissa: Asuminen isojen kaupunkien ulkopuolella lisää riskiä joutua työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveysdiagnoosilla (Ishtiak-Ahmed ym. 2014).

1.7 Merkitys

Yhteiskunnalliset asiat, kuten julkinen talous ja eläköitymisikä ovat jatkuvassa keskustelussa mediassa ja päätöksenteossa. Mielenterveyden häiriöiden hoito ja niihin liittyvä työkyvyttömyyseläköityminen ovat näihin kiinteässä yhteydessä. Tämä tekee tutkittavasta asiasta hyvin ajankohtaisen ja tarkoituksenmukaisen. Aiempia tutkimuksia mielenterveysperusteisesta eläköitymisestä sairaanhoitopiirien välillä sekä eläköitymisiästä diagnoosiryhmittäin on niukasti.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella mielenterveydenhäiriön perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden keski-ikää diagnoosiryhmittäin ja sukupuolittain. Lisäksi tarkastellaan eroja sairaanhoitopiirien välillä kaikki mielenterveysdiagnoosilla eläköityneet huomioiden sekä erikseen kahden suurimman diagnoosiryhmän osalta. Vertailemalla esimerkiksi mielenterveyseläköitymisen alueellisia eroja voidaan saada arvokasta tietoa erilaisten hoitojen ja käytäntöjen vaikuttavuudesta. Tästä olisi huomattavasti hyötyä hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä jatkossa. Hoitojen kehittäminen ja siten eläköitymiseen vaikuttaminen on kansantalouden lisäksi tärkeää yksilön hyvinvoinnin edistämiseksi ja inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi. Hoidot ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat olennaisena tekijänä myös mielenterveyspotilaiden kuolleisuudessa (Leinonen ym. 2014). Mahdollisten sairaanhoitopiirien välisten erojen toteamisen kautta pystyttäisiin kehittämään hoito- ja eläköitymispolkuja eri sairaanhoitopiireissä. Lisäksi eläköitymisikä eri diagnoosiryhmissä sekä sukupuolten välillä voisi antaa arvokasta tietoa, joka voitaisiin ottaa huomioon hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa.

2. Aineisto ja menetelmät

2.1 Aineisto

Tiedot tutkimuksen aineistoon on yhdistetty kansallisista rekistereistä. Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen tietorekistereistä on poimittu vuodesta 2015 taaksepäin viiden vuoden ajalta mielenterveyssyyn (eli ensisijaisella F-ryhmän diagnoosilla) kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle ensimmäistä kertaa siirtyneet henkilöt. Tutkimuksen ulkopuolelle on jätetty kehitysvammaisuuden (F70) ja dementian (F00-03) perusteella myönnetty eläkkeet, jotta voitaisiin mitata järjestelmän kykyä ehkäistä jossain määrin hoidettavissa olevien mielenterveyshäiriöiden aiheuttamaa työkyvyttömyyttä. Aineistoon on lisäksi kerätty tietoja henkilöistä ja heidän työkyvyttömyytensä kulusta vuoteen 1995 asti taaksepäin.

Tutkimusaineisto koostuu sairaanhoitopiirien välisessä vertailussa 42 171 henkilöstä. Analyyseistä jätettiin pois Ahvenanmaan sairaanhoitopiiri, jossa mielenterveyssyyn takia kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden määrä oli pieni (n=148). Tällöin lopullisen aineiston koko on 42 023. Näistä tieto sairaanhoitopiiristä puuttuu 346:lta, jotka ovat kuitenkin mukana koko maata koskevassa sarakkeessa. Kriteerit täytäviä henkilöitä oli eläköitymisikää koskevissa analyyseissä hieman vähemmän, yhteensä 41 619. Ero johtuu siitä, että tiedot on haettu vuosi ennen eläköitymistä ja osalta puuttuu tarvittavat tiedot. Analyyseistä jätettiin pois Ahvenanmaan sairaanhoitopiiri (n=142). Tieto eläköitymisiästä puuttui 21:ltä. Lopullisen aineiston koko eläköitymisiä vertailtaessa on 41 456 henkilöä.

Tutkimukselle on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen eettisen toimikunnan lupa sisältäen tietosuojalausannon. Kaikilta tutkimukseen liittyviltä rekisterinpitäjiltä (KELA/ETK), THL/Hilmo ja Tilastokeskus on saatu käyttöluvat rekistereihin. Näiden pohjalta tehdyn rekisterin säilytys tapahtuu THL:n/Tilastokeskuksen palvelimella, ja sen käyttöä kontrolloidaan käyttö lupien ja salasanojen avulla.

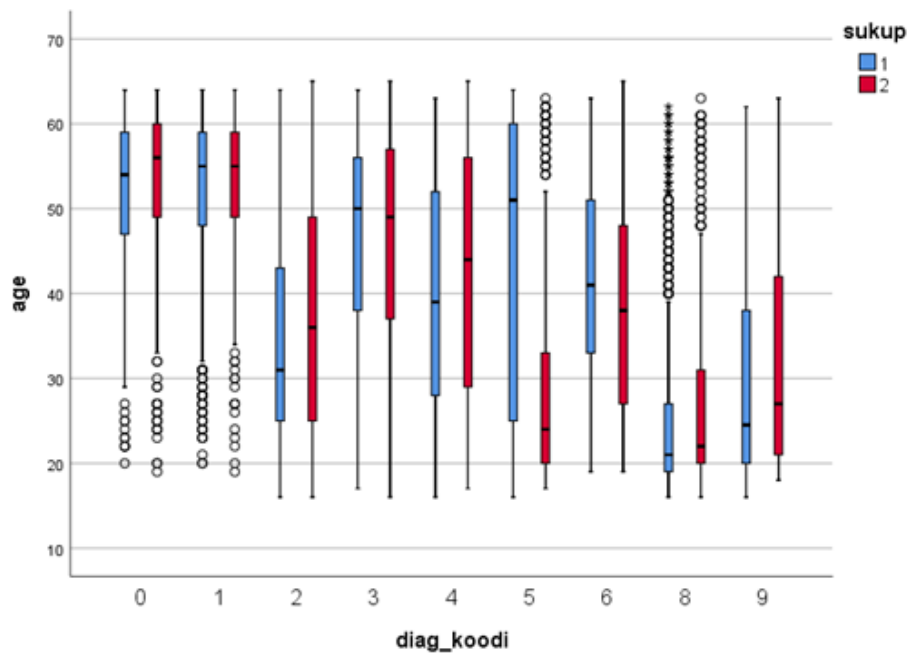
2.2 Menetelmät

Analyysit aineistosta tehtiin SPSS -tilasto-ohjelmistolla. Aineistosta analysoitiin ristiintaulukoinnin avulla mielenterveyshäiriön vuoksi ensimmäisen työkyvyttömyyseläkepäättöksen saaneiden ikää diagnoosiryhmittäin ja sukupuolittain sekä sairaanhoitopiirien välillä. Diagnoosien välisiä eroja testattiin yksisuuntaisella ANOVA:lla, ja korjaus tehtiin Least significant difference (LSD) -testillä. Sukupuolten välistä eroa testattiin Mann Whitney U -testillä. Sairaanhoitopiirien välisiä eroja testattiin laskemalla luottamusvälit Mid-P exact -testillä. Tulokset ikävakioitiin laskemalla korrelaatio vuoden 2014 sairaanhoitopiirien keski-ikä ja eläköitymisikien välillä.

3. Tulokset

Tutkimusaineisto sisälsi yhteensä 41 456 henkilöä, joilla oli alkanut vuosina 2010–2015 määräaikainen kuntoutustuki tai pysyvä työkyvyttömyyseläke F-diagnoosiryhmän perusteella. Näistä naisia oli 22 934 (55,3 %) henkilöä ja miehiä 18 522 (44,7 %). Tutkitulla ajanjaksolla keskväkiluvusta laskettuna väestöstä 0,77 % jäi mielenterveyden häiriön vuoksi ensimmäiselle työkyvyttömyyseläkkeelle. Tutkituista isoin osa eli 64,1 % (n=26 586) jäi määräaikaiselle kuntoutustuelle tai pysyvälle työkyvyttömyyseläkkeelle F3-alkuisella eli mielialahäiriödiagnoosilla. Seuraavaksi suurimmat ryhmät olivat psykoosisairausdiagnoosilla eli F2-alkuisella diagnoosilla (17,4 %, n = 7 204) sekä neurootisen, stressiin liittyvän tai somatoformisen häiriön (F4*: 7,4 %, n = 3 081) vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jääneet. F2*-ryhmästä miehiä oli 58,5 % (n = 4 212). F3*-ryhmässä naisia taas oli suurempi osuus (62,1 %, n = 16 504).

Eri diagnoosiryhmillä keskimääräinen ikä työkyvyttömyyseläkkeen alkaessa vaihteli huomattavasti (kuva 1, taulukko 2). Pienin keski-ikä oli F8-alkuisilla diagnooseilla eli psyykkisen kehityksen häiriöissä, joissa se oli 25,8 vuotta. Korkein keski-ikä taas oli F1-alkuisilla diagnooseilla eli lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamissa elimellisissä aivooireyhtymissä ja käyttäytymisen häiriöissä, joissa se oli 52,5. Työkyvyttömyyseläköitymisen keski-iässä oli vaihtelua myös sukupuolien välillä. Kun psykoosidiagnoosilla työkyvyttömyyseläkkeen aloittaneilla keski-ikä oli 35,5, oli tämä naisilla 37,4 ja miehillä 34,2. Sukupuolien välillä eroa oli 3,2 vuotta (p-arvo < 0,01). Mielialahäiriödiagnoosilla (F3*) työkyvyttömyyseläköitymisen keski-ikä oli 46,2 (miehillä 46,4 ja naisilla 46,0). Eroa F2*- ja F3*-diagnoosien välillä sairaseläkkeelle siirtymisen keski-iässä oli 10,7 vuotta (p-arvo < 0,01).



Kuva 1: Mediaani-ikä työkyvyttömyyseläkkeen alkaessa eri diagnoosikoodeilla

Taulukko 2: Ikä ensimmäisen työkyvyttömyyseläkkeen alkaessa diagnoosiryhmittäin.

| Diag- noosi | Keski- ikä | Mediaani- ikä | Keski- ikä(M) | Mediaani- ikä(M) | Keski- ikä(N) | Mediaani- ikä(N) |
|----------------|---------------|------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| F0* | 51,6 | 55,0 | 51,3 | 54,0 | 52,0 | 56,0 |
| F1* | 52,5 | 55,0 | 52,3 | 55,0 | 52,8 | 55,0 |
| F2* | 35,5 | 33,0 | 34,2 | 31,0 | 37,4 | 36,0 |
| F3* | 46,2 | 49,0 | 46,4 | 50,0 | 46,0 | 49,0 |
| F4* | 41,3 | 43,0 | 39,6 | 39,0 | 42,5 | 44,0 |
| F5* | 32,3 | 24,0 | 44,9 | 51,0 | 30,1 | 24,0 |
| F6* | 40,2 | 40,0 | 41,7 | 41,0 | 38,8 | 38,0 |
| F8* | 25,8 | 22,0 | 25,2 | 21,0 | 27,2 | 22,0 |
| F9* | 30,2 | 25,0 | 29,8 | 24,5 | 31,2 | 27,0 |
| Kaikki | 43,3 | 46,0 | 42,2 | 45,0 | 44,1 | 47,0 |

Sairaanhoitopiirien välinen vertailu tehtiin koko tutkimusjoukon lisäksi erikseen kahdella suurimmalla diagnoosiryhmällä eli F2*- ja F3*-diagnooseilla. Koko maan keski-
väestöstä laskettuna ensimmäiselle kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle jäi
psykoosidiagnoosilla 0,13 % ja mielialahäiriödiagnoosilla 0,49 %. Luvussa oli eroja eri
sairaanhoitopiirien välillä kaikki diagnoosit mukaan laskettuna sekä F2*- että F3*-diag-
nooseilla erikseen (taulukko 3). Mielenterveysdiagnoosilla ensimmäistä kertaa työky-
vyttömyyseläkkeelle siirtyneitä oli Suomen keskiarvoa pienempi osuus Kanta-Hämeen,
Päijät-Hämeen, Itä-Savon, Vaasan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä.
Suurempi osuus taas oli Pirkanmaan, Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja
Lapin sairaanhoitopiireissä. Psykoosidiagnoosilla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä
oli keskimääräistä enemmän Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Suomen keskiarvoa
vähemmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä taas oli Pirkanmaan ja Vaasan sairaan-
hoitopiireissä. Mielialahäiriöiden ryhmässä väkilukuun suhteutettu ilmaantuvuus oli
keskimääräistä suurempi Pirkanmaan, Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin sai-
raanhoitopiireissä. Pienempi ilmaantuvuus oli Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen, Itä-Sa-
von, Pohjois-Karjalan, Vaasan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Iän
vaikutuksen arvioimiseksi katsottujen sairaanhoitopiirikohtaisten ikäkeskiarvojen ja elä-
köitymisasteiden välinen korrelaatiokerroin kaikki diagnoosit mukaan luettuna oli -
0,065. F2*-diagnoosilla korrelaatiokerroin oli 0,161 ja F3*-diagnoosilla -0,166.

Taulukko 3: Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet sairaanhoitopiireittäin (prosenttia keskväkiluvusta ja 95%:n luottamusväli)

| Sairaanhoitopiiri | Keskiväkiluku | Kaikki diagnoosit | | F2 | | F3 | |
|----------------------------|---------------|---------------------------|-------|---------------------------|------|---------------------------|-------|
| | | %[luottamusväli] | n | %[luottamusväli] | n | %[luottamusväli] | n |
| KOKO MAA | 5432720,5 | 0,77% [0,77; 0,78] | 42023 | 0,13% [0,13; 0,14] | 7292 | 0,49% [0,49; 0,50] | 26853 |
| Varsinais-Suomen SHP | 474947,5 | 0,78% [0,76; 0,81] | 3710 | 0,12% [0,11; 0,13] | 552 | 0,51% [0,49; 0,54] | 2444 |
| Satakunnan SHP | 224269,5 | 0,79% [0,75; 0,83] | 1772 | 0,12% [0,11; 0,14] | 279 | 0,48% [0,45; 0,51] | 1077 |
| Kanta-Hämeen SHP | 175415,5 | 0,70% [0,67; 0,74] | 1234 | 0,11% [0,10; 0,13] | 198 | 0,44% [0,41; 0,47] | 771 |
| Pirkanmaan SHP | 522993,5 | 0,82% [0,80; 0,85] | 4313 | 0,11% [0,11; 0,12] | 600 | 0,55% [0,53; 0,57] | 2894 |
| Päijät-Hämeen SHP | 213192,5 | 0,66% [0,63; 0,70] | 1415 | 0,16% [0,14; 0,18] | 341 | 0,39% [0,36; 0,42] | 833 |
| Kymenlaakson SHP | 173386 | 0,82% [0,78; 0,86] | 1424 | 0,14% [0,12; 0,16] | 244 | 0,52% [0,49; 0,55] | 900 |
| Etelä-Karjalan SHP | 132008 | 0,77% [0,73; 0,82] | 1020 | 0,14% [0,12; 0,16] | 183 | 0,52% [0,48; 0,56] | 682 |
| Etelä-Savon SHP | 104140 | 0,77% [0,72; 0,82] | 800 | 0,14% [0,12; 0,16] | 145 | 0,49% [0,45; 0,54] | 512 |
| Itä-Savon SHP | 44247,5 | 0,66% [0,59; 0,74] | 291 | 0,13% [0,10; 0,16] | 56 | 0,36% [0,31; 0,42] | 161 |
| Pohjois-Karjalan SHP | 169004 | 0,77% [0,73; 0,81] | 1298 | 0,17% [0,15; 0,19] | 279 | 0,45% [0,42; 0,48] | 763 |
| Pohjois-Savon SHP | 248418,5 | 0,87% [0,84; 0,91] | 2170 | 0,14% [0,12; 0,15] | 337 | 0,60% [0,57; 0,63] | 1490 |
| Keski-Suomen SHP | 250975,5 | 0,82% [0,78; 0,85] | 2046 | 0,14% [0,13; 0,16] | 363 | 0,50% [0,47; 0,53] | 1258 |
| Etelä-Pohjanmaan SHP | 198536,5 | 0,79% [0,75; 0,83] | 1561 | 0,12% [0,11; 0,14] | 247 | 0,51% [0,48; 0,54] | 1016 |
| Vaasan SHP | 169250 | 0,58% [0,55; 0,62] | 987 | 0,09% [0,08; 0,11] | 155 | 0,34% [0,32; 0,37] | 582 |
| Keski-Pohjanmaan SHP | 78339,5 | 0,74% [0,68; 0,80] | 576 | 0,12% [0,10; 0,15] | 96 | 0,46% [0,41; 0,51] | 360 |
| Pohjois-Pohjanmaan SHP | 404595 | 0,91% [0,88; 0,94] | 3694 | 0,15% [0,14; 0,16] | 614 | 0,58% [0,56; 0,61] | 2359 |
| Kainuun SHP | 76450,5 | 0,90% [0,84; 0,97] | 691 | 0,16% [0,13; 0,19] | 121 | 0,54% [0,49; 0,60] | 416 |
| Länsi-Pohjan SHP | 63901,5 | 0,83% [0,76; 0,90] | 530 | 0,11% [0,09; 0,14] | 72 | 0,54% [0,49; 0,60] | 345 |
| Lapin SHP | 118229,5 | 0,87% [0,82; 0,92] | 1026 | 0,14% [0,12; 0,16] | 168 | 0,55% [0,51; 0,59] | 647 |
| Helsingin ja Uudenmaan SHP | 1590420 | 0,70% [0,69; 0,71] | 11119 | 0,14% [0,13; 0,14] | 2187 | 0,45% [0,44; 0,46] | 7192 |

4. Pohdinta

Tässä tutkimuksessa mielenterveyshäiriöistä yleisimmät työkyvyttömyyteen johtaneet diagnoosiryhmät ovat mielialahäiriöt ja psykoosisairaudet, ja näistä mielialahäiriöt vielä selvästi yleisempi. Mielialahäiriöiden suurta osuutta osaltaan selittää mielialahäiriöiden, varsinkin depression yleisyys (Markkula ym. 2015). Terveys 2011 tutkimuksessa todettiin masennushäiriöiden olevan yleisempiä naisilla kuin miehillä, naisilla esiintyvyys edeltävän vuoden aikana oli 7,0 % ja miehillä 3,6 %. Molemmilla sukupuolilla suurin esiintyvyys on 30-44 vuotiaiden ikäryhmässä. (Koskinen ym. 2012)

Tutkimus vahvistaa ja tarkentaa aiempaa käsitystä, jonka mukaan psykoosidiagnoosilla sairaseläköidytään aiemmin kuin mielialahäiriödiagnoosilla (Pensola ym. 2010). Tämä on linjassa skitsofrenian varhaisen sairastumisiän kanssa (Lönngqvist ym. 2017). Mielialahäiriöiden ryhmässä molemmilla sukupuolilla keski-ikä työkyvyttömyyseläkkeen alkaessa on samaa luokkaa. Psykoosidiagnoosin osalta sukupuolien välillä on selkeä ero, sillä miehet jäävät työkyvyttömyyseläkkeelle tulosten mukaan keskimäärin muutamaa vuotta aiemmin. Erossa eläköitymisiässä diagnoosien välillä yhtenä syynä on se, että mielialahäiriöt eivät vaikuta yhtä suuresti toiminta- ja työkykyyn kuin psykoosisairaudet. Skitsofrenia aiheuttaa merkittävää laskua sosiaalisissa taidoissa ja monilla muilla kognitiivisten taitojen osa-alueilla: Tauti aiheuttaa usein etenevää toimintakyvyn heikkenemistä ja siten vaikuttaa jo varhain työkykyyn (Rössler ym. 2005). Sukupuolten välistä eroa psykoosidiagnoosilla puolestaan ainakin osittain selittää miesten keskimääräisesti varhaisempi sairastumisikä (Segarra ym. 2012).

Mielialahäiriödiagnoosilla työkyvyttömyyseläkkeelle jääneistä suurempi osa on naisia. Suomessa vuotuisen masennushäiriöiden esiintyvyyden on todettu olevan naisilla miehiä jopa kaksi kertaa suurempi (Markkula ym. 2015). Häiriöiden esiintyvyyden ero sukupuolien välillä selittänee suurempaa sairaseläköitymistä osittain, mutta taustalla saattaa lisäksi olla muita tekijöitä, kuten eroja hoitoon hakeutumisessa tai muissa eläköitymisprosessiin vaikuttavissa tekijöissä. Tämän tutkimuksen perusteella näitä syitä on vaikea arvioida.

Sairaanhoitopiirien välisessä vertailussa sairaanhoitopiirien välillä on merkittäviä eroja sairaseläkkeelle jäämisessä väkilukuun suhteutettuna. Osittain tähän liittyy sairauksien erilainen vallitsevuus eri puolilla Suomea. Erot vallitsevuudessa eivät ole kuitenkaan niin suuria, että erot sairaseläköitymisessä selittyisivät kokonaan tällä eikä eläköityminen vaihtelee täysin sairauksien vallitsevuuden mukaisesti. Korrelaatiotestauksen perusteella nämä erot eivät selittyneet sairaanhoitopiirien erilaisilla ikärakenteilla. Eroihin sairaanhoitopiirien välillä voivat vaikuttaa siten erilaiset käytännöt eläköitymisprosessiin liittyen esimerkiksi sairaspäivärahan määrittämisessä. Sairaanhoitopiirien välillä on eroja myös mielenterveydenhäiriöiden diagnostiikassa ja hoitopoluissa. Esimerkiksi ammatillinen kuntoutus on osittain kuntien sekä työ- ja elinkeinohallinnon vastuulla sisältäen muun muassa kuntouttavan työtoiminnan, minkä vuoksi tässä voi olla alueellisia eroja (Tuisku ym. 2013). Lisäksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon roolit vaihtelevat alueittain. Avo- ja sairaalahoidon rooli on Suomessa ollut suuressa muutoksessa ja tämä on tapahtunut eri puolilla Suomea eri tavoin. Myös hoidon saatavuudessa voi olla alueellisia eroja (Huhtanen ym. 2005). Eläköitymisiän eroihin voi vaikuttaa alueelliset erot väestön keski-ikässä. Korrelaatio keski-ikä ja eläköitymisiän välillä kaikki diagnoosit mukaan luettuna oli kuitenkin lähellä nollaa, -0,065. Tämän perusteella vaikuttaa, että erot keski-ikässä eivät selitä eroja eläköitymisiässä. Myös F2*- ja F3*-diagnooseilla korrelaatiot olivat vähäiset, 0,161 (F2*) ja -0,166 (F3*).

Vaasan sairaanhoitopiirissä on vähemmän sairaseläköitymistä kaikissa tutkituissa ryhmissä. Kyseisessä sairaanhoitopiirissä sairaseläköityminen väkilukuun suhteutettuna on selvästi pienempi koko maan keskiarvoon verrattuna. Esimerkiksi kaikki diagnoosit mukaan luettuna eroa on 0,19 prosenttiyksikköä (luottamusvälit 0,55; 0,62 ja 0,77; 0,78). Kaikilla mielenterveysdiagnooseilla sairaseläkkeelle jääneiden sekä mielialahäiriödiagnoosilla eläköityneiden ryhmissä erot sairaanhoitopiirien välillä Suomen keskiarvoon verrattuna ovat samansuuntaisia. Tämä selittyy osittain mielialahäiriödiagnoosilla eläköityneiden suurella osuudella koko joukosta. Vähäisempää eläköityminen on Vaasan lisäksi Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen, Itä-Savon ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Suurempaa eläköityminen on näissä ryhmissä Pirkanmaan, Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiireissä.

Kiviniemi et al. (2011) tutkimuksessa tutkittiin 1998 ja 2001 välisenä aikana skitsofreniadiagnoosin saaneiden eläköitymistä viiden vuoden sisällä diagnoosista. Tutkimuksessa todettiin, että diagnoosin saaneista sairaseläköityneiden määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Myös heidän tutkimuksessaan Vaasa on yksi sairaanhoitopiireistä, joissa on vähiten sairaseläköitymistä. Pirkanmaalla on tutkimuksessa todettu kohtalaisen suuri osuus sairaseläkkeelle siirtyneitä sairastuneista. Tässä tutkimuksessa psykoosidiagnoosilla taas oli Pirkanmaalla koko maan keskiarvoa vähemmän asukasmäärään suhteutettua sairaseläköitymistä. Vuoden 2011 tutkimuksessa keski-ikä skitsofreniadiagnoosilla eläköityessä oli 30,7, kun taas tässä tutkimuksessa 35,5. Molemmissa tutkimuksissa keski-ikä sairaseläkkeelle siirtyessä on naisilla miehiä korkeampi. Aiemmassa tutkimuksessa mukana on vain skitsofreniapotilaita, kun tässä tutkimuksessa taas kaikki F2-alkuiset eli psykoosidiagnoosilla eläköityneet. Keski-ikä on aiemmassa tutkimuksessa useita vuosia matalampi. Ero saattaa osittain liittyä tutkimusasetelmaan, mutta voi myös olla, että eläköitymisiässä on todella tapahtunut muutosta korkeampaan.

Tutkimuksen perusteella sairaseläkkeelle jäämisessä on merkitseviä eroja diagnosiryhmien sekä sairaanhoitopiirien välillä. Jatkotutkimus on tarpeen esimerkiksi taustoista sairaanhoitopiirien erojen välillä. Tarkempi ikä- ja sukupuolivakiointi olisi jatkossa tarpeen, jotta erot saataisiin luotettavasti esiin taustojen tarkempaa tutkimista ajatellen. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että ikäjakauman erilaisuus sairaanhoitopiirien välillä ei selitä eroja sairaseläköitymisen keski-ikässä, vaan taustalla on muita tekijöitä esimerkiksi palvelujärjestelmän toimivuuteen liittyen. Näiden syiden tarkempi tutkiminen on tärkeää, jotta kaikille voidaan taata yhtäläiset mahdollisuudet niin laadukkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen kuin eläkeperusteiden viiveettömään arviointiin.

LÄHTEET

- Ahola K., Toppinen-Tanner S., Huuhtanen P., Koskinen A. & Väänänen A. (2009) Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders* **115**(1), 150-159.
- Alonso J., Angermeyer M., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T., Bryson H., de Girolamo G., de Graaf R. & Demyttenaere K. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **109**, 21-27.
- Arvilommi P., Suominen K., Mantere O., Valtonen H., Leppämäki S. & Isometsä E. (2015) Predictors of long-term work disability among patients with type I and II bipolar disorder: a prospective 18-month follow-up study. *Bipolar Disorders* **17**(8), 821-835.
- Dorner T., Alexanderson K., Svedberg P., Tinghög P., Ropponen A. & Mittendorfer-Rutz E. (2016) Synergistic effect between back pain and common mental disorders and the risk of future disability pension: a nationwide study from Sweden. *Psychological Medicine* **46**(2), 425-436.
- Frilander H., Lallukka T., Viikari-Juntura E., Heliövaara M. & Solovieva S. (2016) Health Problems during Compulsory Military Service Predict Disability Retirement: A Register-Based Study on Secular Trends during 40 Years of Follow-Up. *PloS One* **11**(8), e0159786.
- Gould R., Lampi J. & Nyman H. (2011) Työhönpaluu kuntoutustuen jälkeen: työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. *Eläketurvakeskuksen Keskustelualoitteita 2011: 3*.
- Holma I., Holma K., Melartin T., Rytälä H. & Isometsä E. (2012) A 5-year prospective study of predictors for disability pension among patients with major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **125**(4), 325-334.
- Huhtanen P., Rintala T. & Karvonen S. (2005) Sosiaali-ja terveystenonjen alueelliset erot ja hyvinvointi kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka-YP 70 (2005): 2*.
- Ishtiaq-Ahmed K., Perski A. & Mittendorfer-Rutz E. (2014) Risk markers of all-cause and diagnosis-specific disability pension-a prospective cohort study of individuals sickness absent due to stress-related mental disorders. *BMC Public Health* **14**(1), 805.

- Joensuu M., Mattila-Holappa P., Ahola K., Ervasti J., Kivimäki M., Kivekäs T., Koskinen A., Vahtera J. & Virtanen M. (2016) Clustering of adversity in young adults on disability pension due to mental disorders: a latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **51**(2), 281-287.
- Kiviniemi M., Suvisaari J., Pirkola S., Läksy K., Häkkinen U., Isohanni M. & Hakko H. (2011) Five-year follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. *General Hospital Psychiatry* **33**(5), 509-517.
- Knudsen A.K., Øverland S., Hotopf M. & Mykletun A. (2012) Lost working years due to mental disorders: an analysis of the Norwegian disability pension registry. *PLoS One* **7**(8), e42567.
- Komulainen J., Lehtonen J. & Mäkelä M. (2012) Psykiatrian luokituskäsikirja-Psykiatrisk Klassifikation av sjukdomar-Suomalainen tautiluokitus ICD-10: n psykiatriaan liittyvät koodit (ruotsinkielinen käännös lisätietoja-kentässä). *Luokitukset, Termistöt Ja Tilasto-Ohjeet: 2012_001* .
- Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. (2012) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. *Raportti: 2012_068* .
- L 395 (2006) Työntekijän eläkelaki.
- L 568 (2007) Kansaneläkelaki.
- Laaksonen M., Blomgren J. & Gould R. (2014) Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria: rekisteripohjainen tarkastelu. *Eläketurvakeskuksen Raportteja 05/2014* .
- Laaksonen M. & Gould R. (2013) Regional differences in disability retirement: explaining between-county differences in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* , 609-617.
- Leinonen T., Martikainen P., Laaksonen M. & Lahelma E. (2014) Excess mortality after disability retirement due to mental disorders: variations by socio-demographic factors and causes of death. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **49**(4), 639-649.
- Lönnqvist J., Henriksson A., Marttunen M., Partonen T. & Aalberg V. (2017) *Psykiatria*. 12 Edition. Duodecim.
- Malmström T., Leskelä R., Lindh M., Kajova M., Niemelä P., Rissanen A. & Salmisaari T. (2018) Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus–tieto muutostyön tukena.

- Markkula N., Suvisaari J., Saarni S.I., Pirkola S., Pena S., Saarni S., Ahola K., Mattila A.K., Viertio S., Strehle J., Koskinen S. & Harkanen T. (2015) Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up--results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders* **173**, 73-80.
- Mattila-Holappa P., Joensuu M., Ahola K., Vahtera J. & Virtanen M. (2016) Attachment to employment and education before work disability pension due to a mental disorder among young adults. *BMC Psychiatry* **16**(1), 143.
- Mykletun A., Overland S., Dahl A.A., Krokstad S., Bjerkeset O., Glozier N., Aarø L.E. & Prince M. (2006) A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry* **163**(8), 1412-1418.
- Pensola T., Gould R. & Polvinen A. (2010) Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Massennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. *Sosiaali- Ja Terveysministeriön Selvityksiä= Social-Och Hälsovårdsministeriets Rapporter= Reports of the Ministry of Social Affairs and Health: 2010: 16*.
- Perala J., Saarni S.I., Ostamo A., Pirkola S., Haukka J., Harkanen T., Koskinen S., Lonnqvist J. & Suvisaari J. (2008) Geographic variation and sociodemographic characteristics of psychotic disorders in Finland. *Schizophrenia Research* **106**(2-3), 337-347.
- Rössler W., Joachim Salize H., van Os J. & Riecher-Rössler A. (2005) Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology* **15**(4), 399-409.
- Salminen J.K. (2004) Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* **59**(48), 4745-4748.
- Segarra R., Ojeda N., Zabala A., García J., Catalán A., Eguíluz J.I. & Gutiérrez M. (2012) Similarities in early course among men and women with a first episode of schizophrenia and schizophreniform disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* **262**(2), 95-105.
- Sipilä P., Parikka S., Härkänen T., Juntunen T., Koskela T., Martelin T. & Koskinen S. (2014) Kuntien väliset erot sairastavuudessa: THL:n sairastavuusindeksin tuloksia.
- Tuisku K., Juvonen-Posti P., Härkäpää K., Heilä H., Vainiemi K. & Ropponen T. (2013) Ammatillinen kuntoutus mielenterveyshäiriöissä. *Duodecim* **129**(23), 2623-2632.
- Virtanen M., Kivimäki M., Pentti J., Oksanen T., Klaukka T. & Vahtera J. (2009) Mielenterveyssyistä johtuvat sairauslomaut lisääntyneet mutta eläkkeet vähentyneet kunta-alalla. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* **64**(43), 3647-2653.

World Health Organization. (1996) Investing in health research and development: report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options.

World Health Organization. (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.